

이 양식은 DSHS 양식 인터넷 사이트, <http://www.wa.gov/dshs/dshsforms/forms/eforms.html>에서 입수하실 수 있습니다.



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
서비스 확인 및 참석 기록부

클라이언트 성명

서비스 제공인의 성명

SERVICE VERIFICATION AND ATTENDANCE RECORD

케이스 리소스 매니저의 성명														
프로그램 유형														
<input type="checkbox"/> Family Support (가족 지원)	<input type="checkbox"/> Alternative Living (대안적 생활)													
<input type="checkbox"/> Medicaid Personal care (메디케이스 퍼스널 케어)	<input type="checkbox"/> VPP Attendant Care (VPP 간병인 보호)													
<input type="checkbox"/> Attendant Care (간병인 보호)	<input type="checkbox"/> VPP Respite Care (VPP - 가족의 일시 휴가)													
월 연도														

날짜	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	오전 오후														
A 서비스 시작 시간															
B 서비스가 끝난 시간															
C 클라이언트 수송															
D 서비스 제공인의 총 마일 수															

날짜	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	월 합계
	오전 오후																
A 서비스 시작 시간																	
B 서비스가 끝난 시간																	
C 클라이언트 수송																	
D 서비스 제공인의 총 마일 수																	

서명: _____
 클라이언트 당사자/부모/보호자

지시사항:

- A. 오전, 오후로 구별하여 해당 서비스 시작 시간을 기입하십시오.
- B. 오전, 오후로 구별하여 해당 서비스 끝난 시간을 기입하십시오.
- C. 클라이언트 수송: SSPS에서 승인한 것으로 써, 클라이언트를 위해 운행한 모든 마일 수.
- D. 서비스 제공인의 총 마일 수: SSPS에서 승인한 것으로 써, 클라이언트에게 서비스를 제공할 목적으로 왕래한 총 마일 수를 기입하십시오.
- E. 서비스 확인 양식을 작성한 후 육(6)개월간 보관하도록 하십시오. DDD/DSHS에서 사본을 요구 할 수도 있습니다.